

Schüler-Anmeldebogen für die Liselotte-Funcke-Schule Sj 25/26



Datum: _____

Bitte deutlich ausfüllen !

Vorname		Nachname	
Geburtsdatum		Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Straße / Nr.		PLZ	
Stadt		Handy-Nummer	
Geburtsort (Stadt)		Religion	
Staatsangehörigkeit		Geburtsname	
Geburtsland		Zuzugsjahr (Kind)	
Sprachen in der Familie: 1. _____ 2. _____ 3. _____			
Geburtsland Mutter		Geburtsland Vater	
Zuletzt besuchte Schule		Einschulungsjahr	
Besuchte Grundschule(n)	- - -	Einschulungsart	<input type="checkbox"/> vorzeitig <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> zurückgestellt
Letzte Klasse, Klassenlehrer/in		Wiederholte Klasse(n)	
Schulform-Empfehlung <input type="checkbox"/> HS/GE/SK <input type="checkbox"/> RS/GE/SK <input type="checkbox"/> GY/GE/SK		... mit Einschränkung <input type="checkbox"/> RS <input type="checkbox"/> GY	

Erziehungsberechtigte (Ist ein Elternteil nicht erziehungsberechtigt, wird es nicht aufgeführt)

Vorname Mutter		Vorname Vater	
Nachname Mutter		Nachname Vater	
Straße (Mutter)		Straße (Vater)	
PLZ / Stadt (Mutter)		PLZ / Stadt (Vater)	
Telefon Mutter		Telefon Vater	
Handy Mutter		Handy Vater	
Notfall-Nummer		Notfall-Nummer	
Mail Mutter		Mail Vater	

.....
Unterschrift der Erziehungsberechtigten

Schüler-Anmeldebogen für die Liselotte-Funcke-Schule Sj 25/26

Bitte nicht ausfüllen!

Grundschulnoten

Rechtschreiben *10		Mathematik *35		Religionslehre	
Sprachgebrauch *15		Sachunterricht *30		Englisch	
Lesen *10				Sport	
				Musik	
Durchschnitt		Topf		Kunst / Textil	

Persönliche Angaben

Klassenwunsch:	Schwimmabzeichen ... ?				
	Bekommt SuS ein Deutschlandticket?		<input type="checkbox"/> ja (Schulweg mehr als 3,5 Km)	<input type="checkbox"/> nein (Schulweg weniger als 3,5 km)	
Erwünschter Religions(ersatz)unterricht	<input type="checkbox"/> ER	<input type="checkbox"/> KR	<input type="checkbox"/> IRU	<input type="checkbox"/> PP	
Unterstützungsbe darf ... ?	<input type="checkbox"/> ...	<input type="checkbox"/> LE	<input type="checkbox"/> ES	<input type="checkbox"/> LRS	<input type="checkbox"/> AD(H)S
Zu berücksichtigende Erkrankungen & Allergien bzw. benötigte Medikamente ?					
Therapien ?					
Sonstiges ?					